

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

## **Prematuridade: Uma Geração Social**

ALINE DOMINGUES DE JESUS

Florianópolis (SC)  
2004.2

ALINE DOMINGUES DE JESUS

## Prematuridade: Uma Gestação Social

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, para obten o do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof a. Dr a. Vera Maria Ribeiro Nogueira

  
Teresa Kleba Lisboa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 06/12/04

Florianópolis (SC)

2004.2

**ALINE DOMINGUES DE JESUS**

## **Prematuridade: Uma Gestação Social**

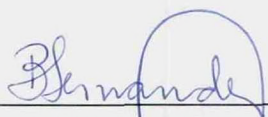
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

### **BANCA EXAMINADORA**



---

**Profª. Drª. Vera Maria Ribeiro Nogueira**  
Presidente da Banca



---

**Assistente Social Viviane Bergler Fernandes (membro)**  
Assistente Social da Maternidade do Hospital Universitário



---

**Assistente Social Kátia de Macedo**  
Professora do Departamento de Serviço Social

*Dedico este trabalho a todas as mães e  
prematuros internados em Unidades de  
Terapia Intensiva Neonatal.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a Ti, oh, meu Deus! Rei dos Reis e Senhor dos Senhores! Bendirei o Teu nome para todo o sempre, pois só Tu és digno de toda honra, toda glória e todo louvor!

À você, meu amor, que durante todos esses anos estive incansavelmente ao meu lado para que eu pudesse realizar este sonho. Aqui, não haveria espaço suficiente para agradecer tudo o que fizeste por mim! Obrigado! Te amo, Re.

À toda minha família, minha mãezinha Sandra, por todo amor dedicado e por toda força empenhada para que eu nunca desistisse desse sonho, apesar de tanta luta e sacrifício. Obrigada mãe, e me perdoe por todo esse tempo em que estive ausente. Te amo muito!

Ao meu pai, José Carlos, que mesmo de longe esteve presente em todas as etapas de minha vida, contribuindo com muito amor, carinho e compreensão. Obrigada pai, por todo sacrifício, tenho muito orgulho de poder lhe dar mais esse presente! Te amo muito!

Aos meus irmãos, Júnior, Ariane e Francisco (minha "vida"), agradeço o amor, o carinho e a paciência de todos vocês! E em especial, aos meus sobrinhos Maria Eduarda, Hugo Vitor e Ricardo e ao meu cunhado Júnior, obrigado à vocês por existirem em nossas vidas!

À minha querida tia Maria da Glória pela acolhida, atenção e por todos os carinhos de mãe; e aos meus primos, agradeço por todo carinho e atenção dedicados durante todos esses anos. Amo todos vocês!

À minha orientadora, Professora Vera, agradeço o apoio e disponibilidade dada a mim durante todo o período de construção deste trabalho. As trocas de informação e orientação se fizeram presentes em cada frase aqui construída. Obrigada.

Em especial, à minha orientadora de estágio Viviane. Através de seu trabalho, descobri a importância da atuação do Assistente Social na área da saúde e, por consequência, pude aprender a verdadeira prática executada com ética e profissionalismo. Obrigada, Professora!

A todos os professores do Departamento de Serviço Social e servidores, em especial, à Ondina pela paciência e dedicação à todos nós alunos. Valeu!

Aos meus grandes amigos, Fabrícia e Wilson, por todo apoio na época em que estive mais frágil. Principalmente a você, Fá, minha amiga de luta acadêmica, que esteve a meu lado em todo esse processo! Conseguímos!

Em especial, a minha colega de trabalho e de coração, senhorita Mileine Delonê, que incansavelmente esteve ao meu lado nas horas mais corridas do dia! Obrigada por tudo, amiga, sem você não teria conseguido!!

Ao meu grande amigo e patrão, Dr. Hildebrando, pelo apoio e amizade, e a todos os demais médicos e colegas da Clínica Dr. Almir, Dr. Eduardo, Dr. Luciano, Dra. Marcela e Dr. Tuca. Vocês são mais do que dez! Obrigado!

Às minhas colegas de residência, e em especial à Viviane. Obrigada, amiga, por suportar, durante tanto tempo, as luzes acesas e meus barulhos durante a madrugada!

À Assistente Social da Maternidade Carmela Dutra, Sarita, e à todos os funcionários e enfermeiras da Maternidade Carlos Correia, obrigado por todo apoio e dedicação,

Enfim, a todos àqueles que, direta ou indiretamente, cooperaram para a conquista de mais esse sonho, o meu muito Obrigada!

*Agora só o silêncio ocupa o espaço  
Aonde o prematuro agonizava  
Como se fosse o sono de um cansaço,  
Um verso inteiro escrito sem palavra...*

*Agora só o silêncio, absoluto,  
Aonde tudo em torno se agitava...  
Silêncio castigante. O som do luto.  
O sofrimento quando se calava.*

*Ventilação, ambu, adrenalina,  
Laringoscópio, tubo, dopamina...  
Os convidados da despedida...*

*Agora só o silêncio. O resto cessa.  
Já não há correria. Não há pressa.  
Há só o silêncio aonde havia a vida*

(Luís Alberto Mussa Tavares  
– “O Silêncio”)



## RESUMO

JESUS, Aline Domingues de. **Prematuridade: Uma Gestação Social**. 2004. 68f. T.C.C. de Serviço Social, UFSC, Florianópolis, 2004.

A prematuridade comumente é vista numa perspectiva puramente biológica, resultante de fatores relacionados à saúde da gestante. Contudo, desmistificando tal pensar, comprovamos empiricamente, que fatores sociais também contribuem e, de modo significativo, na incidência do número de nascimentos pré-termos. Mulheres de nível sócio-econômico baixo, com baixa escolaridade, vítimas do estresse do cotidiano estão mais propensas a terem partos prematuros. Ressaltando-se que crianças nascidas prematuramente estão mais sujeitas a riscos de vida e de desenvolvimento pleno de suas funções vitais.

**Palavras-chaves:** Prematuridade, Questão Social, Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo I: PREMATURIDADE EM DEBATE.....</b>	<b>21</b>
1.1 PREMATURIDADE NA PERSPECTIVA DA DESIGUALDADE EM SAÚDE.....	34
<b>Capítulo II: ABORDAGEM DO PROCESSO SAÚDE / DOENÇA NA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>38</b>
<b>Capítulo III: APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
3.1 DAS MATERNIDADES.....	46
3.1.1 Da Coleta de Dados.....	47
3.1.2 Das Mães.....	47
3.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
3.2.1 Características das Entrevistadas.....	48
3.2.2 Quanto aos Fatores Relacionados à Gestação.....	51
3.2.3 Antecedente – Parto.....	54
3.2.4 Situação Sócio-econômico e Cultural.....	56
3.3 CONCLUSÕES ACERCA DAS ANÁLISES.....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>

## LISTA DE TABELAS

- Quadro 01 – Número de nascidos vivos em Santa Catarina, segundo a duração da gestação e o ano de ocorrência.....22
- Quadro 02 – Taxas de Mortalidade Perinatal, Fetal e Neonatal no Brasil na década de 90, com ênfase na Região Sul, por 1.000 (mil) nascimentos.....28
- Quadro 03 – Taxa de Mortalidade Materna, segundo número de óbitos por 100.000 nascidos vivos por Região Sul, no Brasil de 1997 a 2001.....31
- Quadro 04 – Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil; e na Região Sul por mil nascidos vivos no ano de 2000.....33

## LISTA DE GRÁFICOS

Ilustração I – Distribuição das entrevistadas por faixa etária.....	48
Ilustração II – Distribuição das entrevistadas por estado civil.....	49
Ilustração III – Distribuição das entrevistadas por tipo de domicílio.....	49
Ilustração IV– Distribuição das entrevistadas por número de gestações.....	51
Ilustração V – Histórico de Parto Prematuro.....	52
Ilustração VI – Método Contraceptivo Utilizado.....	54
Ilustração VII - Realizou pré-natal? Onde? Quantas consultas?.....	55
Ilustração VIII – Quanto à escolaridade.....	56
Ilustração IX – Quanto à situação empregatícia.....	57
Ilustração X – Renda familiar aproximada.....	58



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Conclusão de Curso constitui-se como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. É resultante da experiência vivenciada no Estágio Curricular Obrigatório desenvolvido no setor de Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU, especificamente, na Unidade Neonatal, no período de 29/03 à 30/07/2004.

A prática de estágio, um dos instrumentos de sistematização da prática profissional dentro do curso de Serviço Social, possibilita ao aluno condições de identificar o espaço sócio-ocupacional do Assistente Social e concluir sua formação profissional.

O Projeto de Intervenção de Estágio foi elaborado e executado junto às famílias de Recém Nascidos (RN) prematuros internados na Unidade Neonatal da Maternidade do Hospital Universitário – especificamente com as mães – e tinha por objetivo geral, conhecer a situação social dessas famílias com a finalidade de atender as demandas sócio-assistenciais por essas apresentadas. Um dos objetivos específicos era levantar possíveis causas de ordem social capazes de levar mulheres ao parto prematuro. Visto que a literatura alerta para essa possibilidade.

Em geral, desconhece-se a razão pela qual uma criança nasce prematuramente. Contudo, o risco de um parto prematuro é mais elevado nas mulheres solteiras e naquelas de baixa renda e baixo nível educacional. O cuidado pré-natal inadequado, a nutrição deficiente ou uma doença ou infecção não tratada durante a gravidez também contribuem para o aumento do risco de um parto prematuro. (MERCK, 2004)

Durante o período de estágio foi possível conhecer os instrumentos técnico-operativos do Serviço Social, os encaminhamentos internos e externos aos usuários em busca dos seus direitos, a articulação com outras instituições e rotinas do Serviço Social.

O estágio foi de grande importância para o aprendizado teórico e prático, vivenciado diariamente com a supervisora, onde se desenvolveram todos os mecanismos e articulações para garantir o direito social ao usuário.

Assim, de acordo com os objetivos do Projeto de Intervenção, o aprendizado durante esse período foi intenso e os resultados, como esperávamos, positivos. Pôde-se atuar diretamente nas demandas levantadas por essas famílias, despertando todo um conjunto de questões sociais a serem repensadas de forma crítica e teórico-prática.

O conhecimento da prática profissional do Assistente Social – intervindo diretamente nas questões relacionadas com a saúde e, mais especificamente, com a experiência da Maternidade, acrescidas pelas demandas apresentadas pelas famílias de bebês prematuros – trouxe à tona uma questão a ser discutida: a *prematividade vista como uma questão social*.

Segundo fontes estudadas, o número elevado de neonatos de baixo peso e baixa idade gestacional ao nascimento, constitui um importante problema de saúde e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal. Apesar da queda



observada nas taxas de mortalidade infantil e dos avanços tecnológicos na assistência neonatal no Brasil, nos últimos anos houve um aumento significativo no número de óbitos por causas perinatais neste mesmo período de tempo.

As causas prováveis que estariam associadas a um risco maior de parto prematuro, são diversas, do ponto de vista clínico. As conseqüências são o aumento da morbidade neonatal e seqüelas neurológicas tardia na infância. Dentre essas causas, está a síndrome hipertensiva na gravidez, responsável por cerca de 15% das mortes maternas. O que torna importante ressaltar, é até que ponto essas doenças perinatais estão relacionadas com as questões sociais vivenciadas no cotidiano dos indivíduos acometidos por elas.

Como vimos, *a priori*, a desigualdade socioeconômica pode ser vista como a distribuição desigual de bens e serviços entre diferentes grupos sociais. Desigualdade ou iniquidade em saúde, especificamente, pode ser vista, então, como as diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos, consideradas injustas, com base em um julgamento detalhado de suas causas. (KUNST et. al apud DUARTE, 2002).

Dessa forma, incorpora-se um julgamento ético nos processos geradores dessas desigualdades. Padrões iníquos de saúde podem decorrer da presença de desvantagens sistemáticas na exposição aos riscos e acessos aos meios de saúde por parcelas da população, em função de diferenças sociais, econômicas, culturais e políticas. (op. cit., p. 123)

Na atualidade, existe um grande consenso entre os estudiosos de que pessoas expostas a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores

condições de saúde. Considera-se, que os pobres sejam menos saudáveis que os ricos e que o ambiente físico seja decorrente do ambiente social. (SAGAR, 1994)

Alguns estudos epidemiológicos internacionais, têm procurado estudar as associações existentes entre desigualdades socioeconômicas e desigualdades em saúde, a saber: as desigualdades nas distribuições salariais associadas às tendências de mortalidade da população e à expectativa de vida; diferença estabelecida entre a renda associada aos homicídios e ao baixo peso ao nascer e associações entre mortalidade infantil e classe social. (BREILH, 1983)

Diante do exposto, certificamo-nos que as desigualdades em saúde ocupam um lugar considerável no cotidiano da população, e são capazes de provocar mudanças significativas em sua estrutura de vida.

O estudo da gravidez e do parto não se esgota apenas no aspecto biológico. Estes processos, que ocorrem no corpo da mulher, têm significados diversos, significados esses, construídos com base na experiência social e cultural. Esta construção sócio-cultural pode ser responsabilizada pela diversidade de significados que a gravidez pode adquirir e a multiplicidade de modelos de atenção que coexistem dentro de uma mesma sociedade ou entre sociedades diferentes. (PAIM, p. 31)

A prematuridade, inserida nesse contexto de desigualdades, traz consigo questões sociais que precisam ser observadas de maneira a relacioná-las com o processo das determinações sociais geradoras da doença.

Certamente que há alguma ligação entre a posição sócio-econômica; acesso à saúde e educação; cuidado pré-natal inadequado; nutrição deficiente com o risco elevado de parto prematuro, pois tais condições sociais levam a comportamentos e hábitos não saudáveis que acabam por si encurtando o período de gravidez.



Quando o cuidado pré-natal é iniciado precocemente, o risco de parto prematuro diminui e, quando isso ocorre, o resultado é melhor. Quando existe a probabilidade de um parto prematuro, o médico freqüentemente pode administrar medicamentos tocolíticos (para inibir temporariamente o trabalho de parto) e corticosteróides (para acelerar a maturação dos pulmões do feto). (MERCK, 2004).

Talvez um dos principais problemas relacionados com a vida e a saúde das mulheres em nosso país seja a falta de acesso às informações e às possibilidades de atendimento nos serviços de saúde. Pois se verificou, que a maioria das mulheres de camadas populares, pouco sabe sobre maternidade, sexualidade feminina, métodos contraceptivos, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis; questões estas, que fazem parte da saúde, da vida e do cotidiano dessas mulheres. Isso, pode-se dar principalmente pela falta de políticas capazes de assegurar direitos básicos e fundamentais à população.

As famílias, diante da ineficiência do Estado no que se refere a políticas sociais, criam alternativas de sobrevivência e novas configurações familiares.

Esta necessidade de transformação é colocada pelas demandas provenientes do contexto social (desemprego, migrações, prisões) e dos membros do grupo familiar, pelos diferentes processos de desenvolvimento (adolescência, envelhecimento) ou pelos acontecimentos próprios da vida familiar (nascimentos, mortes, separações, doenças). (MIOTO, 2000, p. 223)

Assim, percebe-se que a gravidade da situação vivida pelas famílias atinge de modo significativo à saúde das mulheres. As avaliações sobre a assistência à saúde da mulher – pré-natal, aleitamento materno, anticoncepcionais, controle de doenças, bem como o câncer de colo uterino e mama, e ainda, doenças sexualmente transmissíveis –

indicam-nos, de modo geral, um alcance limitado dos programas e atividades oferecidas como também a precariedade da qualidade dos serviços prestados.

A assistência hospitalar precária é responsável por um número significativo de óbitos perinatais em decorrência da má assistência à gestação ao parto e ao puerpério. A desatenção, às diversas manifestações das necessidades de saúde, às mulheres provoca aumento progressivo de situações perversas como o caso da prematuridade.

No entanto, no que diz respeito à atenção à saúde da mulher, apesar da ineficiência do alcance a todos, houve grandes avanços nas últimas décadas. Segundo nos afirma Nakagawa (1999), através de um diálogo produtivo entre o Estado e vários segmentos da sociedade (cientistas sociais, líderes de partidos políticos, representantes de movimentos feministas) e o Setor Saúde, foi oficializado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984; que contemplava, em nível de proposições, várias reivindicações do Movimento.

Destaca-se o direito à assistência de saúde, modelo assistencial ampliado cuja assistência não estava limitada ao ciclo reprodutivo e ao tratamento das patologias. Segundo Ferreira (apud NAKAGAWA, 1999), o eixo de ação não seria o binômio mãe-filho nem seria restrita ao corpo biológico, mas uma outra mulher sujeita a sua própria história e suas condições sociais.

A definição da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – enquanto concepção para planejamento dos serviços – é muito significativa para a história, por ser fruto de um grande movimento social com a participação de mulheres e profissionais de saúde e por incorporar um conjunto de necessidades orientadas por uma visão ampla de saúde e de integralidade feminina.



Segundo o Ministério da Saúde (2003), algumas características dos processos de trabalho na vigência do PAISM, estão contidas nos manuais que definem de modo simples e direto o conteúdo das ações, normalizando os procedimentos e padronizando as condutas que delas decorrem em relação a doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS); câncer, planejamento familiar; parto e puerpério; gravidez de baixo, médio e alto risco; assistência à adolescente e a mulher no climatério.

Nesse contexto, insere-se a prática do Assistente Social, buscando favorecer o processo de participação dos sujeitos, através de ações educativas e preventivas e na gestão de políticas públicas.

Durante o período de estágio se identificou, a necessidade de realizar um estudo do perfil sócio-econômico e cultural de mães de bebês prematuros internados na Unidade Neonatal do HU a fim de identificar possíveis fatores sociais que envolvam a prematuridade e, principalmente, dar suporte às ações e práticas metodológicas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Feito o estudo, concluiu-se que havia uma correlação entre situação sócio-econômica e cultural das mães e parto prematuro. Todavia, entendeu-se que para ampliar o estudo e confirmar o resultado, consideramos necessário ampliar o mesmo para outros centros de atendimento que apresentassem demandas de outro perfil populacional; isto porque, tradicionalmente o HU – hospital-escola de caráter público – atua, majoritariamente, junto a uma população mais empobrecida. Desta forma, continuamos a investigação com o mesmo objetivo, junto às Unidades Neonatais das Maternidades Carmela Dutra e Carlos Correa, utilizando o mesmo padrão de entrevistas já realizadas no HU.

Podemos afirmar que esta pesquisa visa contribuir para preencher uma lacuna relacionada à falta de conhecimento daqueles que elaboram e aprovam as políticas na área da saúde, já que para o grande êxito nas formulações de políticas públicas, é necessário o conhecimento da realidade daqueles que a utilizam freqüentemente, ou que pelo menos necessitam desses serviços.

Assim, estaremos desenvolvendo este estudo em três capítulos, sendo que no primeiro destes, abordaremos a prematuridade e seus conceitos, correlacionando-a a possíveis fatores sociais que contribuem em sua determinação. No segundo capítulo, expressaremos uma compreensão acerca da Teoria da Determinação Social do processo saúde-doença, ressaltando a atuação do Serviço Social frente a este processo. No terceiro e último capítulo, apresentaremos a análise dos dados coletados junto às mães, cujos filhos nasceram prematuramente. E, a título de conclusão, faremos breves considerações acerca do assunto aqui abordado, ressaltando que não pretendemos de forma alguma esgotá-lo por entendermos que...

A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza e significados dela transbordante [e que] essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Deste modo, os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de a conter. (MINAYO apud SILVA, 2002, p. 66)



## Capítulo I

### PREMATURIDADE EM DEBATE

O presente capítulo, aborda questões sobre a prematuridade ou nascimento pré-termo e suas diferentes expressões na sociedade atual, bem como, conceitos e políticas de assistência aos recém-nascidos.

O parto, tal como a gravidez, também é um evento natural que marca o término do período gestacional, normalmente ao nível da trigésima sétima à quadragésima primeira semana de gestação. Partos que ocorrem entre a vigésima à trigésima sexta semana, são considerados partos prematuros. (CORREIA & MCAULIFFE, 1993).

A prematuridade, nosso principal foco de estudo, é definida como o nascimento de crianças com até trinta e sete semanas de gestação, a contar do último dia do último período menstrual. Os bebês prematuros podem ser classificados em: *prematuros*

*limítrofes*, ou seja, de 36 à 37 semanas de gestação; *prematurados moderados*, de 31 à 36 semanas e *prematurados extremos* de 24 à 30 semanas de gestação.

A partir da duração da gestação é possível identificar a presença de prematuridade, considerando nesta situação as gestações com duração abaixo de trinta e seis semanas. Na tabela a seguir, serão mostrados dados quanto ao número de nascidos vivos no estado de Santa Catarina, no período de 1995 à 1997.

#### Quadro 01

**Número de nascidos vivos em Santa Catarina, segundo a duração da gestação e o ano de ocorrência**

Gestação	Ano de Nascimento					
	1995	%	1996	%	1997	%
0 à 21ª semana	19	0,10	17	0,02	49	0,05
22 à 27ª semana	574	0,84	476	0,47	450	0,46
28 à 36ª semana	3.697	4,36	4.292	4,28	4.561	4,70
37 à 41ª semana	91.165	89,69	92.702	92,39	89.977	92,68
42 e mais	1.211	1,83	997	0,99	728	0,75
Ignorado	1.934	3,18	1.851	1,84	1.315	1,35
<b>Total</b>	<b>98.600</b>	<b>100</b>	<b>100.335</b>	<b>100</b>	<b>97.080</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) / Secretaria de Estado da Saúde, 1999.

Pela tabela é possível entrever que há um número significativo de incidência de prematuridade nas gestações compreendidas entre a 37ª e 41ª semana, os motivos são os mais diversos e serão elencados ao longo desse estudo. Por ora, cabe dizer que a prematuridade se manifesta através de sinais e sintomas que se expressam no trabalho



de parto prematuro e/ou no sofrimento fetal, decorrente de diferentes causas. (ANDRADE, 1999)

*prematuro*

A prematuridade pode ser decorrente de causas ambientais, causas, maternas, causas obstétricas e causas fetais. Dentre estas causas, estão alguns fatores predisponentes que podem ser citados: fatores sócio-econômicos, nutrição materna, tabagismo, idade materna, raça, número de gestações e intervalos entre elas, número de consultas pré-natais, abortamentos anteriores, hipertensão, placenta prévia, diabetes, cardiopatias, malformações uterinas, infecções maternas, doenças placentárias e anomalias congênitas. (IMAMURA, 2000, p. 02)

Os bebês prematuros recebem, uma série de cuidados neonatais em Unidades de Tratamento Intensivo (U.T.I.), inclusive com a presença contínua de seus pais neste ambiente, sob supervisão social e psicológica.

*IMP*

O recém-nascido deve permanecer em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal onde possa ser diuturnamente vigiado e acompanhado. Com toda a assistência necessária para mantermos a criança equilibrada do ponto de vista respiratório, cardíaco, hidroeletrolítico, metabólico e nutricional. Quanto maior a prematuridade maiores os riscos, a morbidade e a mortalidade. (op. cit, p. 02).

As intervenções do setor de saúde – adequadas à assistência obstétrica e neonatal, como a terapia intensiva e o impacto da implementação de programas de qualidade nesta área – são fundamentais com relação à assistência prestada à gestante e ao recém-nascido; visto que, nesse período, o reconhecimento dos riscos se torna importante na redução de seqüelas e óbitos fetais.

A provisão de cuidados intensivos neonatais não é, necessariamente, um benefício ou justificável apenas por possibilitar uma mínima chance de sobrevivência. A complexidade da situação que envolve riscos e sofrimento para a mãe, o recém-nascido e a família, os valores e a autonomia dos pais, o dispêndio de recursos e esforços e a qualidade de vida da criança são questões que devem ser prioritariamente consideradas. (LANSKY *et al.*, 2004)

A Organização Pan-americana da Saúde tem apontado que, de maneira geral, a organização dos serviços não tem levado em conta as desigualdades sociais, estando os serviços de saúde freqüentemente localizados em áreas urbanas, acentuando as desigualdades existentes. A ampliação do acesso da população à assistência perinatal, parte do processo de regionalização dos serviços em assistência neonatal. A discussão sobre a necessidade de regionalização da assistência perinatal data do início dos anos 70. No Brasil, quanto à regionalização da assistência perinatal, persiste o grande desafio do acesso universal da população, principalmente de recém-nascidos de risco à leitos de berçário de tratamento intensivo. (op. cit., 2004)

Considerando que bebês nascidos prematuramente estão sob maior risco de morte durante o primeiro mês ou ano de vida, a prevenção – como o planejamento familiar e acompanhamento pré-natal – tornam-se extremamente importantes e fundamentais. Através destes procedimentos, os fatores de risco podem ser detectados e se pode estabelecer uma proposta terapêutica adequada para que esses fatores de risco sejam minimizados ou eliminados. (IMAMURA, 2000)

A assistência pré-natal tem a finalidade de atender as mulheres em seus problemas de saúde, na tentativa de diagnosticar algumas patologias que possam afetar mãe e feto durante a gestação. No pré-natal, gestações de alto risco são minimizadas através de exames específicos, na intenção de que mãe e feto cheguem



ao final da gravidez em período normal. Salienta-se, que apesar dos avanços realizados no âmbito da assistência pré-natal, a ocorrência de prematuridade persiste relativamente elevada.

A incidência de prematuridade no Brasil varia de 5 a 15 % [...]. O cuidado pré-natal inadequado, a nutrição deficiente ou uma doença ou infecção não tratada durante a gravidez também contribuem para o aumento do risco de um parto prematuro. Por razões desconhecidas, as mulheres da raça negra são mais propensas a ter um parto prematuro que aquelas que pertencem a outros grupos étnicos. Quando o cuidado pré-natal é iniciado precocemente, o risco de parto prematuro diminui e, quando este ocorre, o resultado é melhor. (SPALLICCI *et al.*, 2000)

A incidência de parto prematuro ocorre, em sua maioria, em maternidades de serviço público, se comparadas à maternidades que atendem clientela privada. A prematuridade se torna um problema de saúde pública, apesar dos avanços da perinatologia, uma vez que os fatores relacionados com a ocorrência do parto prematuro podem estar sendo ignorados, como, por exemplo, estações do ano; raça; idade; condições socioeconômicas (destacando que o parto prematuro é mais freqüente nas classes economicamente menos favorecidas); estado civil; profissão; tabagismo; grupo sanguíneo; fatores maternos, considerados os de causa obstétrica e os de natureza clínica e os fatores ovulares, a ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta e as malformações. (NEME & ZUCAIB, 1986)

Esta afirmação, embora pouco discutida do ponto de vista científico, torna-se uma problemática quando analisada dentro de um contexto sócio-econômico. Sabemos que a reflexão da sociedade civil organizada situou o direito à saúde em termos bem mais abrangentes. A luta dos movimentos sociais considera que o direito à saúde



implica principalmente em trabalho, em condições dignas, alimentação para todos, moradia, higiene, educação, lazer, segurança e participação da população na organização, gestão e controle dos serviços públicos (COSTA, 1992).

A intervenção da vontade popular, especialmente em relação aos serviços de saúde, exigirá a descentralização da gestão dos serviços; integralização das ações, com a superação da dicotomia preventivo/curativo; a unidade na coordenação das políticas setoriais; a regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; a participação da população, por meio de suas entidades representativas, na formulação da política e no planejamento; gestão e avaliação nas ações de saúde; a cobertura aos totalmente desassistidos; o acesso equitativo aos serviços pelos que necessitam de atenção; a prestação do atendimento oportuno segundo as necessidades; o respeito a dignidade dos usuários pelos prestadores dos serviços de saúde como dever inerente à função pública. (op. cit, p. 115, 116)

Nesse contexto, a prematuridade pode ser analisada de forma mais abrangente, fora dos parâmetros técnicos e biológicos. Deve também ser analisada na perspectiva da desigualdade e limitação dos serviços de saúde, que resultam em questões sociais mais amplas vividas no cotidiano das famílias. Envolve questões importantes nos termos de saúde reprodutiva e atenção à saúde da mulher e da criança; e, principalmente, porque é responsável por uma considerável parcela nas altas taxas de mortalidade perinatal.

A mortalidade perinatal, que engloba óbitos fetais e óbitos neonatais precoces, é um indicador de saúde materno-infantil, refletindo tanto as condições de saúde reprodutiva, por sua vez ligadas a fatores sócio-econômicos, quanto a qualidade da assistência perinatal – pré-natal, parto e neonatal. [...] o estudo da determinação de mortalidade perinatal está imbricado com o estudo do baixo peso ao nascer e seus componentes – prematuridade e crescimento intra-uterino retardado (CIUR). Todavia, a mortalidade perinatal resulta de uma complexa cadeia casual, onde prematuridade e CIUR, com ou sem baixo peso, são os determinantes proximais desencadeados por fatores intermediários e distais. (FONSECA & COUTINHO, 2004, p. 07).



É possível identificar algumas variáveis sociodemográficas relacionadas aos fatores maternos associados a um lactente de baixo peso ao nascer, causado por prematuridade ou retardo do crescimento intra-uterino, entre elas incluem-se: baixo nível socioeconômico; baixo nível de escolaridade; ausência de assistência neonatal; idade materna abaixo de 16 anos ou acima de 35; intervalo de tempo curto entre gestações, fumo; abuso de álcool ou drogas ilícitas; estresses físicos ou psicológicos (pouco apoio social); baixo peso (antes ou depois da gravidez) e raça negra. Vale colocar que a questão da raça se torna especialmente significativa visto que as taxas de prematuridade são maiores em mulheres negras do que em mulheres brancas; assim como as taxas de mortalidade neonatal e infantil dobram em lactentes e crianças negras. (SOUZA, 2004).

Além das variáveis sócio-demográficas, explícitas e gritantes, relacionadas com a prematuridade, ainda há fatores, ou causas médicas, como anomalias uterinas e a maioria das doenças clínicas que, na maioria das vezes, não são identificadas em pacientes de nível sócio econômico baixo. Causas identificáveis de prematuridade em nível fetal nestes pacientes seriam: sofrimento fetal; gestação múltipla; eritroblastose; anomalias congênitas; placentárias (placenta prévia; descolamento prematuro de placenta); uterinas (útero bicornes; incompetência do colo do útero; colo uterino curto); maternas: pré-eclâmpsia e doenças clínicas crônicas. (SOUZA, 2004).

Por sua relevância em saúde pública, a mortalidade perinatal é objeto de vários estudos epidemiológicos. Anualmente, ocorrem no mundo cerca de 7,6 milhões de mortes perinatais, das quais 98% acontecem nos países em desenvolvimento. Apesar do decréscimo na última década, mostra-se ainda elevada no Brasil, tanto a nível nacional quanto regional. (FONSECA & COUTINHO, 2004)

Veremos a seguir, um quadro que mostra as taxas de mortalidade perinatal no Brasil, por regiões na década de 90 envolvendo óbitos fetais possivelmente relacionados com a prematuridade e baixo peso ao nascer.

**Quadro 02**

**Taxas de Mortalidade Perinatal, Fetal e Neonatal no Brasil na década de 90, com ênfase na Região Sul, por 1.000 (mil) nascimentos**

	<b>Perinatal</b>	<b>Fetal</b>	<b>Neonatal Precoce</b>	<b>Neonatal Total</b>
<b>Brasil</b>		<b>14,0</b>	<b>8,0</b>	<b>11,0</b>
<b>Norte</b>		11,0	7,0	8,0
<b>Nordeste</b>		14,7	7,0	9,0
<b>Centro-Oeste</b>		13,0	8,0	10,0
<b>Sudeste</b>		16,0	11,0	13,0
<b>Sul</b>		<b>12,0</b>	<b>8,0</b>	<b>11,0</b>
Paraná *	<b>20,93*</b>			
Santa Catarina*	<b>16,04*</b>			
Rio Grande do Sul *	<b>18,05*</b>			

Fonte: Dados do artigo de Fonseca & Coutinho (2004)

(\*) Específica por região – Fonte Ministério da Saúde (DATASUS)

Outra questão importante a ser discutida no âmbito da saúde reprodutiva, e que se torna de fundamental importância para a continuação e execução deste trabalho, é o tema da mortalidade materna associada à reprodução.



As mortes que ocorrem durante a gestação, ou após o término da gravidez, compõem o coeficiente de mortalidade materna, tornando-se um importante indicador de saúde das mulheres em idade fértil e, principalmente, da qualidade da assistência ao processo reprodutivo.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (ICD), da Organização Mundial de Saúde, morte materna é definida como: “[...] o óbito de uma mulher enquanto grávida ou dentro de quarenta e dois dias após o final da gravidez, irrespectivo de sua duração e sítio, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou se manejo, mas não devido a causas acidentais ou incidentais.” (ICD, 2002)

Anualmente, principalmente em países em desenvolvimento, cerca de meio milhão de mulheres morrem por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal. No Brasil, ocorrem aproximadamente 140 óbitos em 100.000 nascimentos, representando, em média, um índice de 3,6% das mortes de mulheres entre 15 à 49 anos. Alguns países desenvolvidos, como Japão, Canadá e EUA, têm os seus coeficientes de mortalidade materna reduzidos devido aos cuidados instituídos durante o acompanhamento pré-natal. Enquanto que outros países menos favorecidos possuem coeficientes alarmantes, mostrando que há ainda muito por se fazer<sup>1</sup>.

Os avanços tecnológicos na área da saúde permitem afirmar que a maioria das mulheres que morreu durante o processo normal da reprodução poderiam estar vivas. O caráter evitável é reforçado quando analisamos as causas da mortalidade materna. Nos países onde o indicador tem os menores valores, os componentes principais são as doenças não relacionadas à gravidez (muitas vezes preexistentes, como as cardiopatias, por exemplo) mas que são

---

<sup>1</sup> Dados obtidos no site <<http://www.saude.com>>, intitulado “Mortalidade Materna: Quando a Queda de um Avião não é Notícia”. Site acessado em 29/10/04, sem referência quanto a autoria do artigo.

agravadas pela gestação a ponto de culminar com o óbito, são as chamadas causas indiretas. Em contrapartida, nas populações mais desfavorecidas, são as doenças próprias da gravidez que causam a maioria das mortes: a pressão alta desencadeada pela gestação, as hemorragias, o abortamento em condições precárias e a infecção – causas reconhecidamente evitáveis pela adequada assistência médica.<sup>2</sup>

Não restam dúvidas de que a qualidade e a abrangência da assistência obstétrica e neonatal oferecidas à população, são as principais responsáveis por tais indicadores, mas, vale salientar, que independente dos fatores de risco, complicações ou intercorrências podem ocorrer durante a gravidez.

Segundo Correia e Mcauliffe (1994 p. 333),

[...] indicadores foram utilizados pra caracterizar fatores de risco epidemiológicos e patológicos relacionados à gestação, investigados ao longo dos anos. Dentre estes, destacam-se: os fatores de ordem biológica, como: idade, estatura, peso antes da gestação, peso ganho durante a gestação, história prévia de natimorto, óbito neonatal, partos complicados e recém nascidos de baixo peso, anemia na gravidez e curto intervalo gestacional; os de ordem sócio-econômicas: nível educacional incipiente e baixa renda familiar; e, por último, os de ordem comportamentais, definidos por tabagismo e alcoolismo e, ainda, práticas inadequadas de saúde e higiene.

Considerando o indicador de mortalidade materna uns dos indicadores mais importantes no contexto da realidade social de uma nação, a mortalidade materna se encontra em situação nada confortável no Brasil. O estudo da mortalidade materna tem-se mostrado de grande valia, para determinar as condições socio-econômico-culturais de uma determinada população, e o nível dos profissionais de saúde inseridos nesse espaço, bem como as condições de saúde oferecida. (BOYACIYAN & MELO, 2001).

---

<sup>2</sup> *Idem, ibidem.*



A seguir, apresentaremos uma estimativa da real situação da Mortalidade Materna no Brasil, no período de 1997 à 2001, para que possamos analisar e compreender a importância de dados quantitativos sobre o tema.

### **Quadro 03**

**Taxa de Mortalidade Materna, segundo número de óbitos por 100.000 nascidos vivos por Região Sul, no Brasil de 1997 a 2001**

<b>REGIAO E ESTADO</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>BRASIL</b>	<b>61,0</b>	<b>68,0</b>	<b>55,8</b>	<b>45,8</b>	<b>63,8</b>
<b>REGIAO SUL</b>	<b>71,5</b>	<b>76,2</b>	<b>61,9</b>	<b>53,1</b>	<b>52,2</b>
<b>Paraná</b>	79,4	84,2	83,0	68,0	65,2
<b>Santa Catarina</b>	<b>48,1</b>	<b>43,7</b>	<b>43,5</b>	<b>37,2</b>	<b>42,1</b>
<b>Rio Grande do Sul</b>	75,8	85,6	50,3	46,4	44,2

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Segundo fontes do Ministério da Saúde, as taxas acima foram calculadas diretamente do Sistema de Informações sobre Mortalidade Materna (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), correspondendo a todos os estados das regiões Sul.

As diferenças do coeficiente de mortalidade infantil, estão diretamente ligadas aos indicadores de mortalidade materna, e o seu principal componente é associado à assistência ao pré-natal, ao parto e à anticoncepção. Além dos principais fatores de risco associados à mortalidade materna, citados anteriormente, são também muito freqüentes os casos de gravidez indesejada por acesso inadequado aos meios

contraceptivos, em que a dificuldade de aceitação retarda o início do pré-natal, quando muitas doenças podem ser diagnosticadas e tratadas sem prejuízos para mãe e feto. Muitas mulheres que, por motivos de saúde, não podem mais ter filhos, engravidam, em sua maioria por falta de informação ou por dificuldade em obter os meios apropriados para sua anticoncepção. E ainda pior, são inúmeros os casos em que o recurso é o aborto clandestino, realizado em péssimas condições, colocando em risco a saúde e, principalmente, a vida das mulheres.<sup>3</sup>

Os aspectos ligados a prematuridade, refletem-se ainda nas questões de mortalidade infantil. No Brasil, em 1991, a taxa de mortalidade infantil era de aproximadamente 44,1% dos óbitos por 1.000 (mil) nascidos vivos, diminuindo em média para 32,2% dos óbitos em 1999. Apesar da queda, na última década os percentuais de mortalidade infantil, encontram-se ainda acima do valor máximo de referência da Organização Mundial de Saúde. (Duarte, 2002, p. 63) E, conforme, podemos observar na tabela que se segue, esse percentual vem reduzindo, possivelmente em decorrência dos avanços tecnológicos na medicina, que têm permitido maior sobrevida das crianças prematuras submetidas aos cuidados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. A prematuridade, porém, é um episódio que envolve outras questões além dessas que foram apresentadas até aqui.

---

<sup>3</sup> *Idem, ibidem.*



**Quadro 04**

**Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil; e na Região Sul por mil nascidos vivos no ano de 2000.**

<b>Regiões</b>	<b>Taxas de Mortalidade Infantil (%)</b>
<b>Brasil</b>	<b>28,23</b>
<b>Sul</b>	<b>20,07</b>
Paraná	<b>19,58</b>
Santa Catarina	<b>15,85</b>
Rio Grande do Sul	<b>15,14</b>

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS)

A mortalidade infantil, é um tema de interesse científico e político, utilizado como um bom indicador para avaliar as condições de saúde e vida da população. Permite subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal, ao parto e à criança. Possibilita proceder à análise comparativa de situações de saúde em diferentes períodos, lugares e condições socioeconômicas. (IBGE, 2001) Logo, este trabalho tem a finalidade de abordar a prematuridade colocando de forma mais abrangente a questão dos efeitos sociais durante a fase prematura. Estas questões reforçam o objetivo da construção deste trabalho que é pensar a questão da prematuridade dentro de uma perspectiva, a mais ampla possível, entendendo-a como uma das expressões da questão social.

## 1.1 PREMATURIDADE NA PERSPECTIVA DA DESIGUALDADE EM SAÚDE

“O crescimento populacional, um dos fatores responsáveis pela desigualdade social, trouxe para o Brasil um sério problema a ser resolvido neste início do século XXI: a pobreza e suas conseqüências, principalmente nas questões de saúde e qualidade de vida”. (SILVA, 2002, p. 38).

A pobreza contemporânea arma um novo campo de questões sociais que surgem dos lugares no qual sempre esteve presente: nas franjas do mercado de trabalho, no submundo da economia informal, no mundo rural, num Nordeste de pesada herança oligárquica, e em todos que evidenciam a lógica excludente próprias das circunstâncias históricas responsáveis pelo envolvimento do país no mundo capitalista. (TELLES, p. 12). A questão social é um tema básico e permanente na sociedade brasileira e influencia o pensamento e a prática de muitos. Em diferentes lugares, procura-se conhecer, equacionar, controlar, resolver ou exorcizar suas condições ou efeitos. (IANNI, 1998)

A história da sociedade brasileira passa por situações nas quais uns ou mais aspectos importantes da questão social se fazem presentes. Apresenta-se com um elo básico da problemática nacional, dos impasses dos regimes políticos, refletidos na disparidade econômica, política e cultural. (IANNI, 1998)

Entre os anos de 1940 e 1980, as dimensões da economia brasileira cresceu consideravelmente, tornando-se uma economia diversificada, industrializada e moderna. Porém, a distribuição da renda permaneceu desigual aumentando, sobretudo,



a desigualdade social e a exclusão, expressas principalmente no número elevado de pessoas pobres.

Assim, para entendermos os aspectos presentes no campo da igualdade e desigualdade, existentes em nossa sociedade capitalista, faz-se necessário rever sua historicidade em meio aos processos de desenvolvimento e globalização, bem como suas consequências relacionadas à pobreza, raça, etnia e gênero.

A igualdade enquanto categoria ético-política, está relacionada aos direitos fundamentais que constroem a cidadania contemporânea, significando direitos tanto no que se refere à garantia de liberdades civis e políticas quanto ao que se refere a distribuição dos bens materiais e imateriais socialmente produzidos. (SCWARTZ & NOGUEIRA, 2002).

A globalização, é o processo através do qual se expande o mercado e as fronteiras nacionais. Com a ampliação do mercantilismo encurtam-se as distâncias entre os países, estabelecendo a circulação de riquezas e mercadorias, internacionalizando o capital. É fortalecida pelo poder do dinheiro, pela corrida permanente por maior lucro e principalmente fortalecida pela transnacionalização, ou seja, instalação de empresas estrangeiras em países diferentes dos seus. (PORTELA *et al.*, 2002).

A medida em que a globalização atinge proporções consideráveis, conseqüentemente, atrai todo o tipo de acúmulos de riquezas e desigualdades sociais ocasionando, uma estreita linha de garantias de direitos, limitando o acesso aos serviços básicos de saúde, assistência, qualidade de vida e, principalmente, a garantia dos mínimos sociais.

O Brasil, torna-se uma grande locomotiva parada no tempo e no cenário internacional, onde na década de 80, amargou baixos índices de crescimento econômico decorrente da hiperinflação e de transferências de recursos ao exterior para o pagamento da dívida externa. (op. cit., 2002)

O processo de globalização não é apenas evidenciado na economia, mas expressa-se, sobretudo, no campo político, social e, principalmente, cultural, onde alguns sociólogos, filósofos e cientistas políticos têm realizado importantes pesquisas sobre o impacto da globalização nas outras esferas da vida (JACOBINA, 1999). As diferenças sociais, têm elevado um número crescente de indivíduos à miséria absoluta, o que afasta o homem do direito à vida, à propriedade, à liberdade e à igualdade. (PORTELA *et al.*, 2002).

Nesse contexto, em perspectiva histórica ampla, a desigualdade social, acentuada pela mundialização da economia, é permeada por aspectos importantes que constituem a questão social brasileira. A prosperidade da economia, em meio à globalização, aparece antagônica com o desenvolvimento social do país e as dificuldades vividas pela população, aparecem na complexidade da problemática social. Assim, a medida em que se desenvolvem as diversidades sociais, também multiplicam-se as desigualdades.

A questão social se expressa em vários itens que emergem das necessidades da população inserida na sociedade moderna industrial, como o desemprego, moradia, acesso à educação e, particularmente, o acesso universal e igualitário à saúde.

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira incorpora conceitos e princípios em uma nova lógica de organização de saúde. A Lei Orgânica da Saúde, pautada na Lei 8.080/1990 e na elaboração da Lei Complementar 8.142/1990, institucionaliza o



Sistema Único de Saúde – SUS. A implantação dessas leis, e a consolidação de seus princípios, garantem maior participação social nos assuntos relacionados à saúde. O SUS é organizado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base às diretrizes da hierarquização, descentralização, com direção única em cada esfera de governo e participação da comunidade. O princípio da equidade visa diminuir as desigualdades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Reduzir as desigualdades é um objetivo primordial do Sistema Único de Saúde, fundamentado no princípio constitucional de que todos os cidadãos têm direito ao acesso igualitário, a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, os esforços realizados pelo governo brasileiro, desde a criação do SUS, têm produzido notáveis avanços nos campos da descentralização da gestão, da integralidade da atenção, da participação da comunidade e da regulação de bens e serviços. (FINKELMAN, 2002).

Como ideário de universalização, este novo modelo encontra cotidianamente determinações que impedem a utilização dos serviços de saúde por parte da população. São essas determinações que pretendemos identificar e relacioná-las com a prematuridade sob uma percepção mais abrangente do processo saúde-doença no trato às populações de baixa renda. Visto que as desigualdades em saúde apresentam múltiplas faces, sendo necessário conhecimento mais específico de suas características para que as medidas de intervenção possam ser mais eficazes.

Identificar essas determinações – sejam elas culturais, educacionais, socioeconômicas e ou institucionais – poderá contribuir para visualizar os prováveis motivos que levam mães de diferentes faixas etárias ao parto prematuro.

## **Capítulo II**

### **ABORDAGEM DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL**

O presente capítulo busca uma compreensão dos fenômenos sociais e de saúde na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença; e, sobretudo, pensar de que forma a sociedade está inserida neste processo, bem como a atuação do Assistente Social, como profissional de saúde frente a estas questões.

Primeiramente, é necessário deixar claro que o processo saúde-doença, está relacionado à maneira como o ser humano, no decorrer de sua vida, vai se apropriando da natureza para transformá-la de acordo com suas necessidades. Significa dizer, que a saúde-doença compõe momentos de um processo maior, que se refere à vida das



peças em seu cotidiano, como acesso às necessidades básicas de saúde, educação moradia, lazer. (FRACOLLI, et.al., 2004).

A natureza social da doença, portanto, não se limita somente na questão clínica, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos. Logo, os perfis patológicos são dados segundo a incidência com que ocorrem em determinados grupos, levando-se em conta seu momento histórico e as transformações oriundas da sociedade. O processo saúde-doença pode ser, então, analisado igualmente como determinação histórica e social.(LAUREL, 1983).

Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados. Pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. (MINAYO, 1993).

É sabido que os indivíduos são construídos em sociedade; porém, em diferentes momentos históricos, as sociedades produzem diferentes delimitações e determinações a respeito do “lugar” a ser ocupado por este indivíduo. (BREILH, 1994). Ou seja, o homem se torna resultado das transformações sociais e econômicas da sociedade e passa a depender exclusivamente do modo em que está inserido no sistema de produção. (FRACOLLI, et. al., 2004). O processo social e o processo saúde-doença, assumem, desta forma, características distintas de acordo com o modo de inserção de cada um dos grupos neste sistema. Portanto, pode-se afirmar que o tipo de patologia varia de acordo com os grupos sociais, como, por exemplo, às taxas de



mortalidade que são mais acentuadas nos grupos menos favorecidos. (LAURELL, 1993).

O caráter social do processo saúde-doença se manifesta a nível da coletividade, ou seja, do grupo construído em função de suas características sociais sob suas características biológicas. (op. cit, 1993).

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e de reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Definido desta maneira, o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. (op. cit, 1993, p.151).

Isso implica considerar o sujeito – situado em uma determinada condição social e pertencente a um grupo social específico, com suas crenças, valores, e significados – como sendo resultado de uma sociedade em permanente transformação. (MINAYO, 1993). O estudo da determinação do processo saúde-doença em termos coletivos, objetiva estabelecer ações de ordem preventivas, devendo-se considerar os processos sociais que se desenvolvem através de relações ambientais desfavoráveis atingindo o homem pela ação direta de agentes químicos, físicos, e psicológicos. (ROUQUAYROL, 1994).

Contudo, entende-se que a saúde não engloba apenas fatores biológicos e não se resume somente pela falta de doença. Portanto, as ações em saúde coletiva requerem, uma abordagem emancipatória que pressupõe um trabalho, criativo, consciente, que comporte imaginação, solidariedade e, principalmente, compreensão

da forma em que os usuários de serviços de saúde, individualmente ou nos grupos sociais, entendem o processo saúde-doença. (FRACOLLI, et.al. 2004).

Visto que, o processo saúde-doença envolve principalmente fenômenos sociais, que se manifestam através de sinais expressos no cotidiano dos indivíduos, é necessário, que a saúde seja trabalhada enquanto questão social, em uma abordagem diferenciada a fim de se possa compreender a realidade social em suas dimensões estruturais e políticas.

Diante dessa perspectiva, insere-se a prática do Assistente Social, como um profissional que trabalha no conjunto das relações de produção e reprodução da vida social, particularizando-se como uma profissão interventiva no âmbito da questão social (CARDOSO apud TEVAH, 2003).

O profissional de Serviço Social – aqui especificado na área da saúde – é um profissional que possui qualidade teórica, técnica política e ética na organização de suas ações e juntamente com outros profissionais de saúde possibilita captar, na realidade trabalhada, as possibilidades de redirecionar estas ações. (VASCONCELOS, 2002).

Caminhar nesta direção demanda dos assistentes sociais um conjunto complexo de questões/ações, o que envolve compreender a realidade no seu movimento, captar nela possibilidades de ação, priorizar, planejar, executar e avaliar, num movimento permanente, contínuo e conjunto não só com seus pares, mas articulado aos profissionais de saúde como um todo. (VASCONCELOS, 2002, p. 416)

A concepção de saúde-doença, dá suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade. Nesse sentido a prática cotidiana de assistência junto aos indivíduos e aos



grupos sociais é orientada por uma visão ampliada de saúde, doença, vida, trabalho. (FRACOLLI, et.al., 2004). Assim, as ações dos profissionais de saúde, bem como dos Assistentes Sociais, caminham em defesa de um sistema de saúde universal, sob um olhar do coletivo. Nessa perspectiva, as ações do assistente social desenvolvem-se através de atividades de natureza educativa, voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde-doença.

### **Capítulo III**

#### **APRESENTACAO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

O presente capítulo traz o estudo do perfil socioeconômico e cultural de mães de recém-nascidos prematuros internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, realizada nas Maternidades Carmela Dutra, Carlos Correa e Maternidade do Hospital Universitário (HU).

A população estudada compreende mães de recém-nascidos vivos, produtos de concepção única ou gemelar, filhos de adolescentes ou de adultas, cujos partos ocorreram no período de março à junho e setembro de 2004, em hospitais da rede pública e privada do Município de Florianópolis.



O objetivo geral da realização desta pesquisa, foi conhecer o perfil socioeconômico e cultural dessas mães estabelecendo possíveis causas que levam mulheres ao parto prematuro.

Para melhor alcance do processo de pesquisa em si, apresentar-se-á inicialmente, os procedimentos relativos à coleta de informações.

Assim, os caminhos metodológicos seguidos para a realização da pesquisa, foram definidos a partir dos objetivos delimitados para a realização do estudo, frente aos questionamentos e hipóteses levantadas, no sentido de colher subsídios que permitissem uma análise dos dados apresentados.

Tendo em vista o objeto da pesquisa, considerou-se a mesma de natureza qualitativa, visando o aprofundamento e a qualidade investigativa do tema escolhido.

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando as finalidades da investigação. (MINAYO, 1993, p. 101)

A pesquisa de natureza qualitativa permite ao entrevistado revelar sentimentos, valores ou concepções mais profundas (MARSÍGLIA apud AGUIAR, 2004). É uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. (SILVA apud AGUIAR, 2004).

Foram entrevistadas trinta e oito mães, de acordo com a acessibilidade. Sendo vinte e oito no HU, em período de estágio; seis, na Maternidade Carmela Dutra e

quatro, na Clínica e Maternidade Carlos Correa. Nas duas instituições, entrevistou-se todas as mães de prematuros internadas no mês de setembro de 2004.

Salienta-se que as entrevistas realizadas no HU foram feitas de forma individual, seguindo um padrão de ficha intitulada como FICHA DE ATENDIMENTO, já existente na instituição utilizada pelo Serviço Social. As abordagens foram feitas de acordo com a realidade vivida por cada família, relacionando-as aos objetivos específicos do projeto de intervenção. Os objetivos da entrevista, eram, primeiramente, conhecer a situação social das famílias, para identificar questões sociais de vulnerabilidade trazidas por estas a fim de atender tais demandas; orientar quanto a sua permanência no hospital; o acompanhamento do Recém Nascido (RN) na Unidade Neonatal e, ainda, identificar possíveis causas da prematuridade.

Os primeiros contatos foram realizados por telefone onde foi possível obter informações sobre as instituições e agendar as entrevistas. Através destes, optou-se somente pelas maternidades ou clínicas médico-cirúrgicas que realizavam partos-prematuros e possuíam UTI Neonatal na cidade de Florianópolis/SC.

Um ofício foi disponibilizado pela Universidade apresentando o trabalho a ser realizado e, mediante autorização do responsável pela instituição, pôde-se realizar a pesquisa.

Utilizou-se como principal coleta de dados a entrevista individual. Por se entender que esta é “[...] uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e ao outra se apresenta como fonte de informação”. (Gil, 1994, p.113)



Desta forma, usou-se, pelo caráter enfocado do estudo, a entrevista semi-estruturada, por oferecer ao informante todas as possibilidades possíveis de liberdade e espontaneidade, e de relevância para a pesquisa. Vale salientar que, para facilitar o andamento da mesma, visando à fidedignidade das informações contidas, em todas as entrevistas se utilizou um gravador com fita cassete.

### **3.1 DAS MATERNIDADES**

Em função de critérios utilizados, foram incluídas nesta investigação aquelas instituições que aceitaram dela participar, sobretudo, as que realizavam partos prematuros e que possuíam, em seu sistema de atendimento, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Participaram da coleta de dados duas maternidades de caráter público – caracterizadas como aquelas que atendem pacientes que não têm plano de saúde (convênio), isto é, hospitais que atendem basicamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma maternidade de caráter privado – aquela cuja clientela é formada por paciente particular ou de convênio e que, portanto, tem condições de subsidiar a sua atenção à saúde. Esta escolha permitiu colher informações de modo mais amplo para a construção do perfil sócio-cultural das mães de bebês prematuros internados nas Unidades Neonatais dessas instituições.

### 3.1.1 Da Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita de modo padronizado para todos os hospitais a partir de entrevistas. Ressalta-se que, nos períodos de março à junho de 2004 (período de estágio), foram realizadas um total de 28 entrevistas individuais, no Hospital Universitário, e algumas das informações obtidas foram extraídas diretamente dos prontuários das pacientes e de seus recém-nascidos ainda nas dependências da UTI Neonatal. Para os outros hospitais, não foi possível obter informações diferentes além das entrevistas, que somam um total de 10 (dez) realizadas no mês de setembro de 2004; contudo, os resultados não se mostraram diferentes.

### 3.1.2 Das Mães

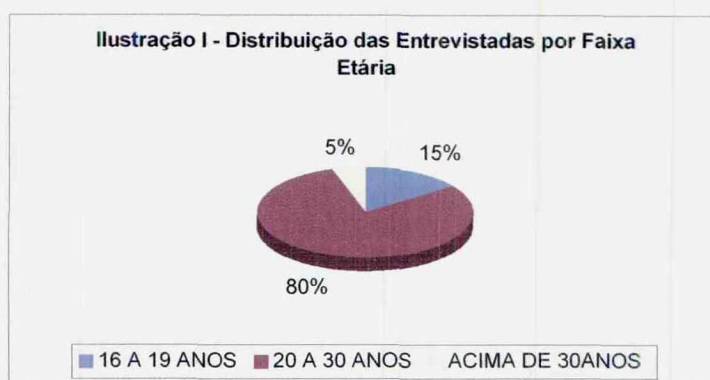
Os critérios utilizados para a escolha das mães foram somente as que tiveram partos prematuros, cujos recém-nascidos permaneciam nas dependências da UTI Neonatal. Não se estabeleceu nenhum outro tipo de critério, como idade, nível socioeconômico ou realização de pré-natal.



## 3.2 ANÁLISE DOS DADOS

### 3.2.1 Características das Entrevistadas

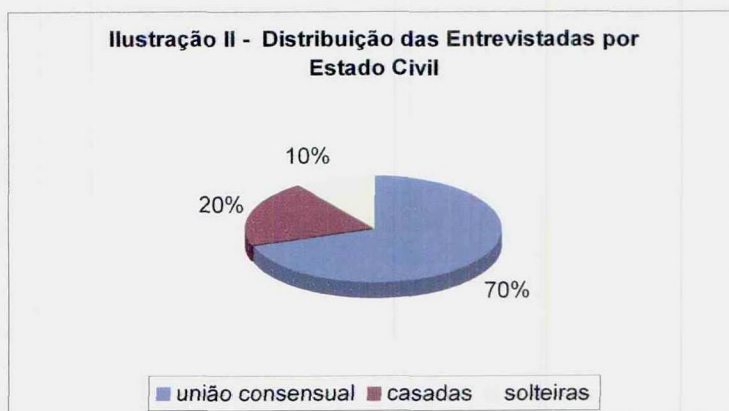
- *Distribuição das entrevistadas por faixa etária*



Fonte Primária, 2004

A definição de adolescência utilizada foi a do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece em seu Art. 2º limites cronológicos, isto é, “considera-se adolescente, aquela pessoa entre doze e dezoito anos de idade”. Das trinta e oito entrevistas realizadas com relação à idade materna, verificou-se, que 80% das mães tem entre vinte anos ou mais, prevalecendo então sobre o número de mães adolescentes que perfazem um total de 20%.

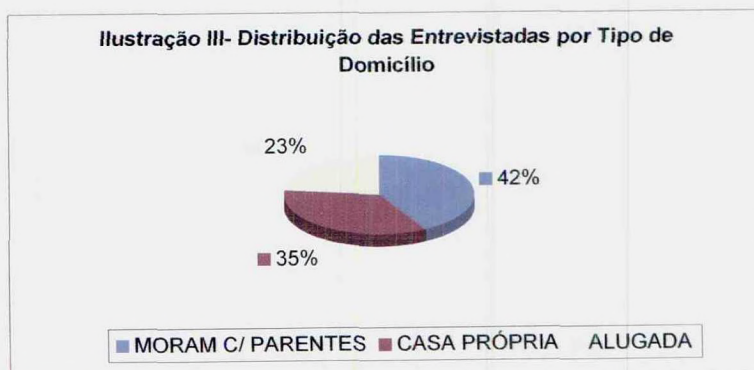
- Distribuição das entrevistadas por estado civil



Fonte Primária, 2004

Quanto à distribuição das entrevistadas por estado civil, constatou-se que 70% apresentaram ter um companheiro, independentemente da situação marital. De acordo com o Novo Código Civil, a união estável seria definida no artigo 1.723, como uma “entidade familiar configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família”.

- Distribuição das entrevistadas por tipo de domicílio





Nesse critério se buscou ter clara, a situação do ambiente físico e habitacional no qual vivem as entrevistadas.

Com o estudo foi possível constatar que a maioria das mães entrevistadas não residem em domicílio próprio, o que nos leva a cogitar a idéia de que não possuem, ainda, independência financeira. Se somarmos as que residem com familiares e as que vivem de aluguel teremos mais da metade do universo pesquisado, ou seja, 65%, um índice bastante expressivo.

#### *- Distribuição das entrevistadas por núcleo familiar*

Na ilustração anterior, observou-se que 42% das mães, independente do estado civil, moram na companhia de parentes. Neste contexto, torna-se de fundamental importância colocar, que nesse espaço foram observados vários tipos de arranjos familiares.

Cabe esclarecer que família está sendo por nós entendida como sendo...

[...] um núcleo de pessoas que convivem em um determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida. (MIOTO apud SILVA, M. 2002)

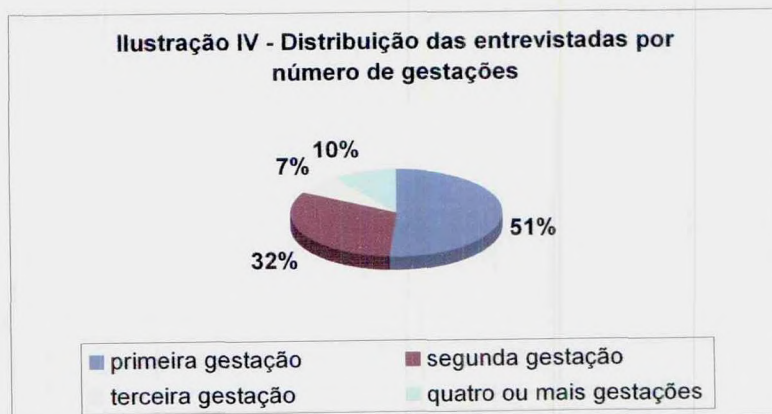
Cabe ressaltar que o período de maior incidência de prematuridade se dá justamente na fase de vida onde há uma maior busca pela autonomia financeira, conforme vimos na ilustração I, onde temos mulheres com idades compreendidas entre

vinte e trinta anos. Logo, a busca incessante por melhores condições e qualidade de vida pode desencadear fatores que contribuem na ocorrência da prematuridade. Sendo que 42% das mães, que tiveram partos prematuros, residem com familiares é de se questionar a capacidade destas famílias de prover as necessidades de seus membros. Conforme aponta Carvalho (apud SILVA, M. 2000, p. 13), a família brasileira “[...] vive hoje um dado contexto que pode ser o fortalecedor ou esfacelador de suas possibilidades e potencialidades”, isto é,

[...] a capacidade de cuidado e proteção dos grupos familiares depende diretamente da qualidade de vida que eles têm no contexto social nos quais estão inseridos. Sem dúvida nenhuma, as famílias brasileiras, especialmente as de camadas populares, estão sendo severamente pressionadas pela política econômica do governo. Em vez de tal política assegurar condições mínimas (renda, emprego, segurança, serviços públicos de qualidade) de sustentação das famílias, ela vem desencadeando situações (migrações, desemprego, ausência de serviços públicos) que são fontes geradoras de estresse familiar. (MIOTO apud SILVA, M. 2002, p. 30)

### 3.2.2- Quanto aos Fatores Relacionados à Gestação

#### - Distribuição das entrevistadas por número de gestações



Fonte Primária 2004



Verificou-se que mais da metade das entrevistadas, ou seja, 51%, estavam na primeira gestação. Provavelmente, esse número é mais elevado, por se tratar de um universo onde a faixa etária da maioria das entrevistadas, está compreendido entre os vinte e trinta anos de idade.

- *Histórico de Parto Prematuro*



Fonte Primária 2004

Apenas cinco mães, correspondendo a um percentual de 13% do total de mães entrevistadas, afirmaram já ter tido parto prematuro anterior. Os motivos se concentraram em problemas de ordem biológica. Ressaltando-se o problema de pressão alta como o mais evidente. Dessas mães, apenas uma planejou a atual gestação, mesmo sabendo dos riscos que correria em função da mesma.

- *Possível causa biológica para ocorrência do parto prematuro*

Quanto as possíveis causas identificáveis para ocorrência do parto prematuro destacaram-se como principais: a hipertensão arterial, o descolamento prematuro da placenta, infecção intra-uterina, gravidez gemelar e líquido amniótico baixo. Neste item não se utilizou nenhum critério de contagem. Vale ressaltar, que a multicasualidade do parto prematuro, pode estar relacionado a uma série de aspectos, individuais e/ou contextuais, sejam de ordem familiares, sociais, econômicos, psicológicos e ou culturais.

- *É fumante ou faz uso de algum tipo de entorpecentes ou medicamentos controlados*

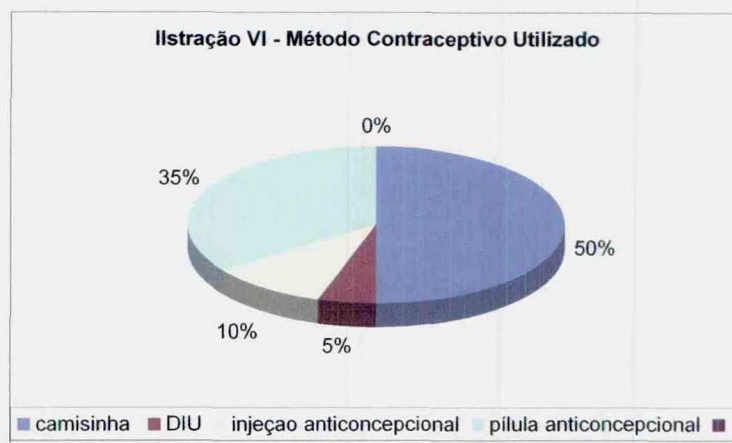
As informações dadas pelas mães quanto ao hábito de fumar durante a gestação, foram classificadas como *fumantes* ou *não fumantes*, independentemente do número de cigarros fumados por dia. Quanto ao uso de entorpecentes ou medicamentos controlados não se especificou tipo algum, apenas os que foram usados durante a gestação. Das entrevistadas, 12% afirmou ter feito uso apenas do cigarro antes da gestação. Assim, do total de mães entrevistadas, nenhuma afirmou fazer uso contínuo de cigarro e de nenhum tipo de medicamentos e entorpecentes.

Muitas crianças estão sendo expostas à fumaça ambiental do cigarro, desde o período pré-natal. No período de vida intra-uterino essa exposição pode comprometer o desenvolvimento pulmonar, induzindo maior incidência de hiper-reatividade brônquica, asma e apnéia do sono. O grupo mais vulnerável à aquisição do hábito de fumar é constituído pelos adolescentes. (SANTOS NETO, 2000).



### 3.2.3- Antecedente – Parto

#### - Método Contraceptivo Utilizado



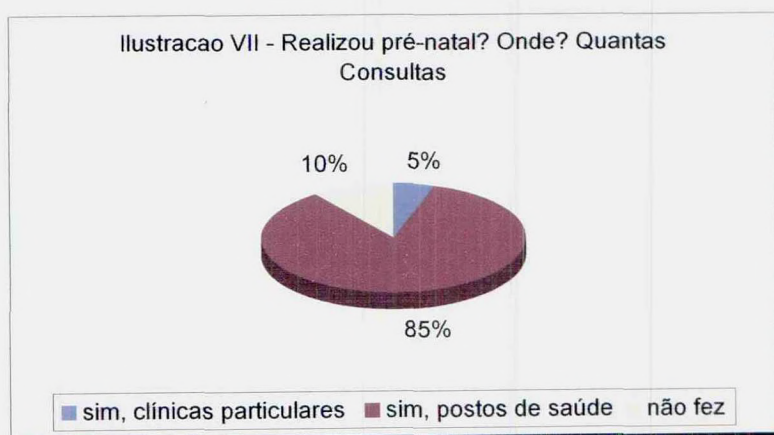
Fonte Primária, 2004

Dos métodos contraceptivos utilizados pelas entrevistadas, antes da gestação – como forma de preveni-la – a camisinha foi o dado obtido com maior incidência, em média 50%. Sendo que o uso da pílula anticoncepcional alcançou um percentual de 35%. Vale ressaltar, que do número de mães que afirmou ter utilizado método contraceptivo, a maioria igualmente afirmou não ter planejado a gravidez; e, que a mesma aconteceu por esquecimento ou descuido. Já as que optaram em utilizar outros métodos como injeção e DIU, informaram terem tido problemas ginecológicos em decorrência do uso de camisinhas e/ou pílulas; destas, a gravidez ocorreu por falta de recursos financeiros para a aplicação de injeção e a indisponibilidade do material nos postos de saúde. Do número de mães entrevistadas, 5% alegou não ter utilizado nenhum método contraceptivo.

- A gravidez foi planejada

Nas discussões sobre planejamento familiar, 80% das mães entrevistadas alegaram não ter planejado sua gravidez, e que esta ocorreu por falta de cuidados ou em virtude da não utilização de métodos contraceptivos. Importante colocar, que ao procedermos às entrevistas com mães adolescentes, destacamos que a gravidez além de não ter sido planejada ocorreu em virtude do completo desconhecimento do uso de métodos anticoncepcionais.

- Realizou pré-natal? Onde? Quantas consultas?



Fonte Primária, 2004

Das trinta e oito mães entrevistadas, 90% alegaram ter feito o acompanhamento pré-natal no posto de saúde e ter comparecido à maioria das consultas. É importante

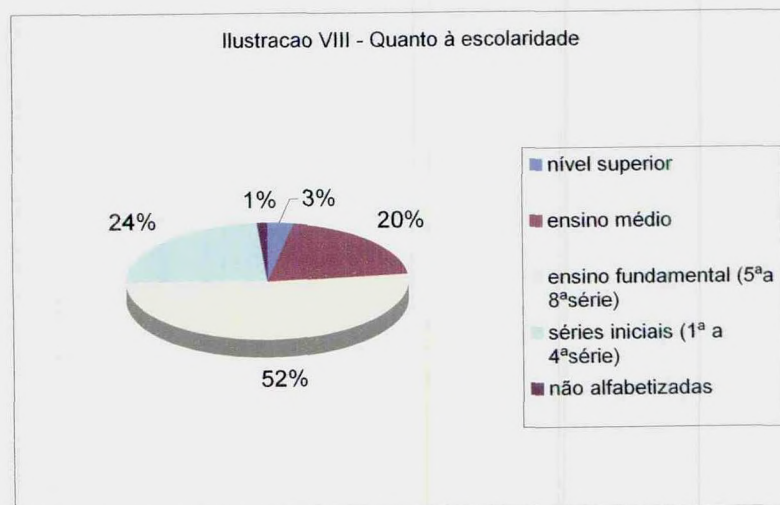


colocar que, o acompanhamento pré-natal representa uma ação fundamental para a qualificação da atenção prestada à saúde da mulher e da criança.

É de reconhecida importância a realização do pré-natal para a prevenção do surgimento de doenças que possam causar danos para o feto ou para o organismo materno. Sabe-se também que o acompanhamento pré-natal deve ser feito desde o início da gravidez e com um número adequado de consultas para que tenha algum tipo de impacto positivo na prevenção de intercorrências gestacionais e/ou perinatais. Contudo, das 90% que alegaram ter realizado o acompanhamento pré-natal, 85%, o fez em postos de saúde. Sendo que o restante, isto é, 5% somente, fizeram-no em clínicas particulares. Vale ressaltar, que do total de mães entrevistadas 10% alegaram não ter feito o acompanhamento pré-natal.

### 3.2.4 – Situação Sócio-econômica e cultural

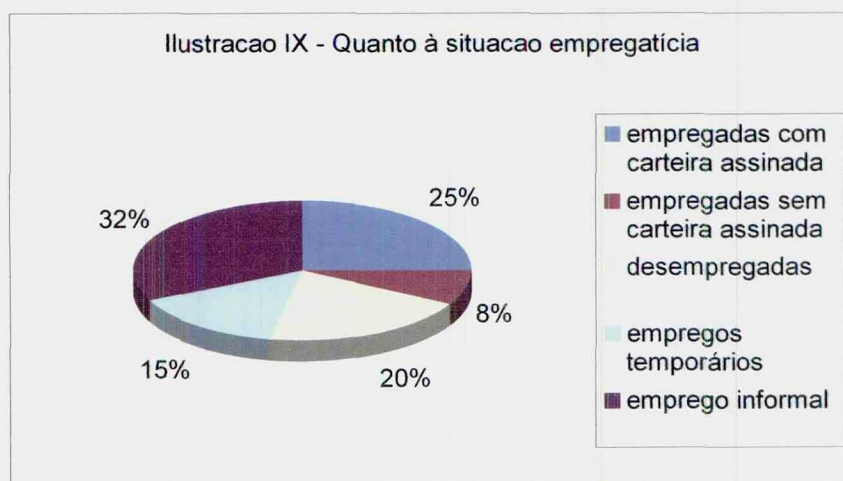
#### - Quanto à escolaridade



Fonte Primária, 2004

Quanto à escolaridade, constatou-se que mais da metade ou seja, 52% das entrevistadas cursaram apenas o ensino fundamental. Vale observar a diferença do número de mães que completaram o ensino médio, 20%; e, ainda, as mães que cursaram nível superior, 3%.

- Quanto à situação empregatícia

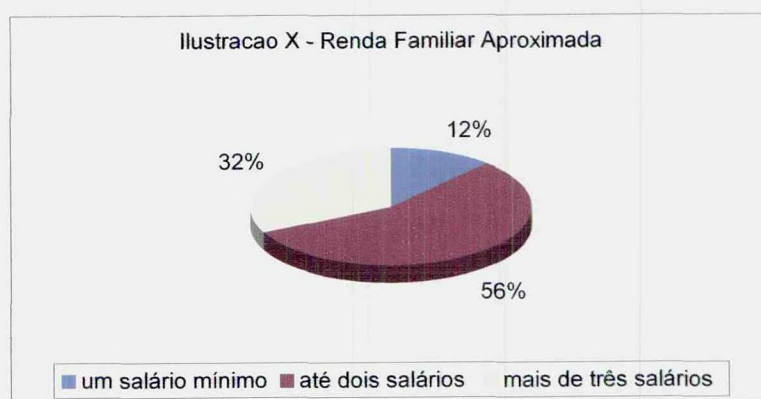


Fonte Primária, 2004

Percebe-se nesta ilustração que a maioria das entrevistadas tinham uma ocupação. Sendo o número de empregos informais o de maior incidência, alcançando uma porcentagem de 32%. Neste item, procuramos destacar a real situação empregatícia das mães e, por esse motivo, caracterizamos o vínculo empregatício bem como de que maneira ele está sendo realizado.



- Renda familiar aproximada



Fonte Primaria, 2004

Diante dessas informações procuramos durante as entrevistas, manter o máximo de descrição possível, para que não fosse levantado nenhum tipo de constrangimento. Assim, os dados obtidos aqui, são dados aproximados da renda familiar incluindo possíveis rendas extras.

Verificou-se que 56% das mães entrevistadas, possuem renda de até dois salários mínimos, perpassando para um total de 32% das que alcançam uma média de mais de três salários. Apenas 12% dos familiares, conseguem sobreviver com uma renda de um salário mínimo.

### 3.3 CONCLUSÕES ACERCA DAS ANÁLISES

Com a pesquisa foi possível constatar que os resultados obtidos são coerentes com as informações obtidas em estudos representativos. Conclui-se, que os principais fatores de risco que foram importantes na determinação da prematuridade, expostos através da teoria, em maior parte também foram apresentados de maneira explícita nesse estudo.

Assim, o perfil socioeconômico e cultural das vinte e oito mães de prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal das Maternidades Carlos Correa, Carmela Dutra e do Hospital Universitário, entrevistadas no período de março à junho e setembro de 2004, apresenta-se da seguinte forma:

- ✓ Tratam-se de mulheres entre vinte e trinta anos;
- ✓ Em união estável;
- ✓ atualmente morando com parentes sem independência financeira;
- ✓ na primeira gestação;
- ✓ sem antecedente de parto prematuro;
- ✓ não fumante e nem drogadas;
- ✓ que preferem o uso da camisinha como método contraceptivo;
- ✓ mulheres que não planejaram sua gravidez;
- ✓ mas que, contudo, realizaram o pré-natal;
- ✓ cursaram entre a 5ª e 8ª série,
- ✓ trabalham em empregos ditos informais
- ✓ e possuem renda aproximada de até dois salários mínimos



Fica evidente, destarte, que a prematuridade é um fenômeno biológico, mas que não pode ser analisada como um fato isolado, visto que está associada a fatores de ordem econômica e social. Embora alguns estudos comprovem que a prevenção e educação em saúde são fatores importantes para minimizar tais acontecimentos, não nos deixa dúvida, de que o mais importante é enxergar esse processo na sua coletividade.

Mesmo que a realização adequada do pré-natal não possa muitas vezes modificar a exposição a alguns fatores de risco, pode colaborar, porém, para reduzir ou evitar a exposição ao fumo, controlar a hipertensão, evitar ou tratar as doenças sexualmente transmissíveis, enfim, corroborar para a evolução adequada da gravidez e de seu produto final, o recém-nascido, diminuindo a incidência de prematuridade e de baixo peso.

Estudos, como este, permitem que se obtenham informações sobre freqüência e características de dada doença, pois fornecem uma espécie de “retrato” da saúde de uma população em um certo período de tempo, possibilitando assim, aos administradores de saúde, o efetivo planejamento de programas, qualquer que seja sua natureza, educacional, preventivo ou assistencial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contrário do que se apresenta no senso comum, a prematuridade não se restringe apenas aos fatores biológicos, sua ocorrência está correlacionada a fatores externos ao corpo materno, o que vale dizer que a sociedade tem sua participação, em escala, maior ou menor, na incidência de partos prematuros. Embora não cientes, o peso social – e liste-se aqui os fatores econômicos, as desigualdades sociais, o estresse do cotidiano – atingem diretamente mães e familiares de recém nascidos pré-termos, que sentem o “peso” opressor de uma sociedade que nem bem os recebeu e já viola seus direitos mais básicos de vida que é o de se desenvolver sadiamente. Isto se levarmos em conta que, na maioria das vezes, a prematuridade, acaba por implicar em conseqüências de ordem psicomotora à criança, quando não redundando em sua morte, seja na idade neonatal ou, posteriormente, em sua fase infantil; ou ainda, no falecimento de sua genitora.

Seja em que etapa for a ocorrência da prematuridade sempre implica em algum tipo de sofrimento, seja à criança, seja à mãe, seja aos demais familiares que aguardam o desenrolar dos fatos em salas ou alojamentos de espera, enquanto um ente tão esperado muitas vezes luta pela vida com o auxílio de aparelhos.

Cabe a sociedade, co-autora dessa gestação, e, Estado em particular, pensar meios de reverter tal quadro, implementando ações educativas e preventivas e ainda, efetivar o cumprimento do seu papel, que é fomentar o bem-comum e minorar as



desigualdades sociais. Pois, sabe-se que as questões sociais carecem da devida atenção, sendo a prematuridade apenas uma de tantas outras expressões que compõem o atual cenário brasileiro.

Nessa perspectiva, têm-se o Assistente Social que se insere como um profissional da saúde na busca pelo ideário e universalização e equidade dos direitos coletivos constituídos. Atuando como um profissional transformador da realidade ora posta.

Enfim, entendemos que a gestante deva ser vista e tratada em sua totalidade pois a vida que traz em si está inserida em algo maior que o seu ventre, qual seja, a sociedade da qual faz parte, e sua interação com o meio pode ser decisiva na maneira como se dará a condução de sua gestação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOVERDE, A. C. B. Questão Social no Brasil e Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: CEAD, 1999.

AGUIAR, A. de. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil / P.E.T.I. – Percepção dos Adolescentes Egressos. (TCC de Serviço Social). Orientadora Profª. Marli Palma de Souza. Florianópolis: UFSC, 2004.

ANDRADE, J. M. **Ciência da Prematuridade**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em <<http://www.cade.com.br>>. Acesso em: 16/10/2004.

ANGELO, M. V. **Desigualdade Social em Saúde: Componentes Sócio-Econômicos da Determinação da Mortalidade Infantil em Santa Catarina** (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Florianópolis: UFSC, 2001

BOYACIYAN, k. & MELLO, N. B. **Como Reduzir A Mortalidade Materna No Brasil**. Disponível em <<http://www.latina.obgyn.net>>. Acesso em: 20/10/2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o acesso à Assistência à Saúde no Brasil**. Brasília: 1998 – 2002. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 11/11/2004.

\_\_\_\_\_. **Estatística e Informações em Saúde**. Brasília: Série G, 2002. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 11/11/2004.



\_\_\_\_\_. Indicadores de Mortalidade Materna In: **DATASUS**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 11/11/2004.

BREILH, J. **Epidemiologia: Economia Política e Saúde** São Paulo: Editora Universal Estadual Paulista, Fundação para o Desenvolvimento da UNESP, UB/LITEC, 1991, p. 128/129.

\_\_\_\_\_. et al. **Epidemiologia: Teoria e Objeto**. São Paulo: Editora HUCITEC/ABRASCO, 1994, p. 184.

CORREIA, L. & McAULIFFE, J. Saúde Materno-Infantil. In: **Epidemiologia e Saúde**. Maria Zélia Rouquayrol (Org.). Rio de Janeiro: MEDSI, 4ª ed., 1993.

COSTA, N. R. Saúde Direito à Vida. In: **A Saúde em Estado de Choque**. Rio de Janeiro: 3ª ed., 1992, p. 115.

DUARTE, C. **Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil: Um Estudo Exploratório**. Elisabeth Carmem Duarte et. al (Org.). Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2002, p. 19.

FINKELMAN: J. **Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil: Um Estudo Exploratório**. Elisabeth Carmem Duarte et. al (Org.). Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2002, p. 07.

FONSECA, S. C. & COUTINHO, E. S. Pesquisa sobre Mortalidade Perinatal no Brasil: Revisão da Metodologia dos Resultados. In **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em <<http://www.scielosp.org.br>> Acesso em: 20/10/2004.

FRACOLLI, L. A. A Abordagem do Processo Saúde / Doença das Famílias e do Coletivo (Temas de Caráter Introdutório). In: **Manual de Enfermagem**. Disponível em <<http://www.lids-saude.org.br/enfermagem>> Acesso em: 16/10/2004.

GARCIA, V. **O Caráter Educativo das Ações em Saúde e a Luta pela Transformação Social**. Disponível em: <<http://www.cade.com.br>>. Acesso em 16/10/2004.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Serviço Social**. São Paulo: 4ª ed., Atlas, 1994.

IAMAMURA, P. E. A. Prematuridade. In: **Manual de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo**. São Paulo: 2ª ed., 2002, p. 01. Disponível em <http://www.unimedlins.com.vr>. Acesso em 20/10/2004.

IANNI, O. A Questão Social. In: **São Paulo e Perspectiva**. São Paulo: vol. 05, nº 1, SEADE, 1991.

IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais 2000. In: **Estudos e Pesquisas. Informações e Demográficas e Sócio-Econômicas nº 5**. Rio de Janeiro: 2001, p. 47.

JACOBINA, R. Globalização e o Impacto na Saúde. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Salvador: ABEN – BA, nº 50, 1999, p. 349 – 366.

LANSKY, S. et al. **Mortalidade Perinatal e Evitabilidade: Revisão da Literatura**. Disponível em <<http://www.cade.com.br>>. Acesso em 20/10/2004.

LAURELL, A. C. A Saúde – Doença como Processo Social. In: **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**. Everardo Duarte Nunes (Org.). São Paulo: Ed. Global, 1983.

MERCK, Manual. **Prematuridade**. Cap. 252. Disponível em <<http://www.msd-brazil.com>>. Acesso em: 29/07/2004.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2ª ed., 1993.



MIOTO, R. C.T. Novos Espaços Ocupacionais do Assistente Social: Cuidados Sociais Dirigidos à Família. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 55. São Paulo: Cortez, 2001.

MONTICELLI, M. et al. Globalização, Cultura e Cidadania. In: **Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um Desafio para os Gestores do Terceiro Milênio**. Cianciarullo & Cornetta (Org.). São Paulo: Ed. Ícone, 2002.

NAKAGAWA, J. T. T. **Os Profissionais de Saúde e a Sexualidade Feminina: Um Estudo da Produção Teórica Após a Implantação do PAISM**. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Florianópolis: UFSC, 1999.

NEME, B. & ZUGAIB, M. Etiologia e Prevenção da Prematuridade. In: **O Recém-Nascido de Baixo Peso**. (Monografias Médicas) São Paulo: série Pediatria, vol. 28, 1986.

PAIM, H. Marcas no Corpo: Gravidez e Maternidade em Grupos Populares. In: **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas**. Rio de Janeiro: p. 31.

PORTELA, N. et al. H. Globalização, Cultura e Cidadania. In: **Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um Desafio para os Gestores do Terceiro Milênio**. Cianciarullo & Cornetta (Org.). São Paulo: Ed. Ícone, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z. & KERR-PONTES, L. A Medida da Saúde Coletiva. In: **Epidemiologia e Saúde**. Org. Maria Zélia Rouquayrol. Rio de Janeiro: MEDSI, 4ª ed., 1993.

SAGAR, E. et al. Introdução. In: **Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil: Um Estudo Exploratório**. Org. Elisabeth Carmem Duarte et.al. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2002, p. 20.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no Estado de Santa Catarina: Primeira Avaliação Descritiva**. Florianópolis: UFSC, Ed. UFSC, 1999, p. 26.

SANTOS, A. B. S. **Organizações da Sociedade Civil e o Planejamento Familiar: Propostas e Práticas Atuais**. (TCC de Serviço Social). Florianópolis: UFSC, 2003.

SCWARTZ, E. & NOGUEIRA, V. Exclusão Social: A Desigualdade do Século XX. In: **Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um Desafio para os Gestores do Terceiro Milênio**. Cianciarullo & Cornetta (Org.). São Paulo: Ed. Ícone, 2002, p. 178.

SILVA, M. D. **Revelando Descumprimentos: Um Estudo sobre os Motivos que Conduziram Adolescentes a Descumprirem a Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida no Município de São José**. (TCC de Serviço Social). Florianópolis: UFSC, 2002.

SOUZA, L. R. **Perinatologia Atual** – Professor Adjunto II de Clínica Obstétrica do DSMI/ FCS, NEM. Mestre e Doutor em tocoginécologia pela Unicamp – Disponível em <<http://www.jacobi.com.br/perinatologia1.htm>>. Acesso em: 19/10/2004.

TELLES. **Pobreza e Cidadania: Figurações da Questão Social no Brasil Moderno**. (s/d).

TEVAH, I. **Projeto Nascer, As possibilidades de Atuação do Serviço Social**. (TCC de Serviço Social). Florianópolis: UFSC, 2003.

VANSCONCELOS, A M. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde**. São Paulo: Cortez, 2002